
Fakultät für Soziale Arbeit

Bachelorarbeit

Subjektives Belastungsempfinden der Folgen des Apoplex alter
Menschen in Pflegeinstitution - Impulse für die Soziale Arbeit

Aileen Grimm

Chemnitz, den 18. Januar 2012

Fakultät für Soziale Arbeit

Bachelorarbeit

Subjektives Belastungsempfinden der Folgen des Apoplex alter
Menschen in Pflegeinstitution - Impulse für die Soziale Arbeit

Aileen Grimm

Chemnitz, den 18. Januar 2012

Erstprüfer: Prof. Dr. Wedler

Zweitprüfer: Michel C. Hille

Grimm Aileen: Subjektives Belastungsempfinden der Folgen des Apoplex alter Menschen in Pflegeinstitution - Impulse für Soziale Arbeit. 36 Seiten.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Bachelorarbeit 2012

Diese Bachelorarbeit befasst sich dem subjektiven Belastungsempfinden nach einem Schlaganfall bei alten Menschen, die in einer Pflegeinstitution leben. Im Rahmen einer Praxiserkundung wurde mit zwei alten Menschen ein Gespräch geführt, welche am Schlaganfall erkrankten. Diese Gespräche bildeten die Grundlage, um spezifische Belastungsempfindungen als Folge dieser Erkrankung heraus zu finden.

Aus Basis dieser spezifischen und subjektiven Belastungsempfindungen wurden schließlich Impulse für Soziale Arbeit abgeleitet.

**Diese Arbeit widme ich meiner geliebten Oma, mit der ich so viele schöne
Jahre und Momente bis heute verbringen darf.
Dass meine Oma im Jahre 2009 an einem schweren Schlaganfall erkrankte,
berührt mich sehr. Gleichzeitig veranlasste ihr Schlaganfall, mich dieser
Erkrankung zu nähern und schließlich diese Arbeit zu verfassen.**

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	1
2. Begriffsbestimmungen	4
2.1. Schlaganfall	4
2.2. Pflegeinstitution	5
2.3. Subjektive Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden	5
2.4. Subjektive Lebensqualität und subjektives Belastungsempfinden . . .	6
2.5. Subjektives Belastungsempfinden im Alter	6
2.6. Subjektives Belastungsempfinden und Schlaganfall	7
3. Begegnungen mit zwei Schlaganfallbetroffenen in der Praxis	8
3.1. Begründung der Praxiserkundung	8
3.2. Beschreibung der Praxiserkundung	9
4. Frau G.	11
4.1. Gespräch mit Frau G.	11
4.2. Betrachtung der Aussagen von Frau G.	14
4.2.1. Subjektives Belastungsempfinden der Folgen des Apoplex bei Frau G.	14
4.2.2. Coping-Stil von Frau G.	17
4.2.3. Bedeutung von Hilfeleistungen für Frau G.	18
4.2.4. Resümee	19
5. Frau T.	21
5.1. Gespräch mit Frau T.	21
5.2. Betrachtung der Aussagen von Frau T.	23
5.2.1. Subjektives Belastungsempfinden der Folgen des Apoplex bei Frau T.	23

INHALTSVERZEICHNIS

5.2.2. Coping-Stil von Frau T.	25
5.2.3. Bedeutung von Hilfeleistungen für Frau T.	25
5.2.4. Resümee	26
6. Zusammenfassung der Aussagen	28
7. Impulse für Soziale Arbeit	31
8. Kritische Würdigung	36
 I. Anhang	 37
Literaturverzeichnis	39

1. Einführung

„Sie träumen davon 100 Jahre alt zu werden - mit einem Schlag sind Sie wieder drei“
[Peinert/Esan 2002, S. 156].

Viele Schlaganfallbetroffene beschreiben so ihre subjektiv empfundene Situation nach einem Schlaganfall. In Deutschland erleiden jährlich etwa 250000 Menschen erstmals einen Schlaganfall, davon verstirbt jeder Dritte im Zeitraum eines Jahres. Von den Betroffenen, die einen Schlaganfall überleben, bleibt circa die Hälfte behindert und ist langfristig auf fremde Hilfe angewiesen [vgl. Hamann/Siebler/von Scheidt 2002, S. 8]. Der Schlaganfall zählt somit zu den Spitzenreitern in den Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken, neben Krebs und Herzerkrankungen und stellt daher auch eine der häufigsten Ursachen für Langzeitinstitutionalisierungen dar [vgl. Hamann/Siebler/von Scheidt 2002, S. 25]. Obwohl der Schlaganfall keinesfalls und ausschließlich eine Krankheit des höheren Lebensalters ist, so treten doch über 50% aller Schlaganfälle bei über 75-Jährigen auf [vgl. Mehrholz 2006, S. 8]. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass es mit steigender Lebenserwartung in Deutschland zu einem deutlichen Anstieg der Schlaganfallhäufigkeit kommen wird. Diese Entwicklung wird grundlegende Auswirkungen auf die Bereiche verschiedener Versorgungseinrichtungen haben. Bereits heute wird von einer Verknappung von Ressourcen im Gesundheitsbereich gesprochen, vor allem aber im Bereich der Nachsorge und der häuslichen und institutionellen Pflege. Trotz der hohen Erkrankungsrate und der Auswirkungen auf das Versorgungssystem ist der Schlaganfall weitestgehend ein medizinisch betrachtetes Thema. Der notwendige multidisziplinäre Charakter dieser Krankheit findet hingegen nicht ausreichend Berücksichtigung. Die Quantifizierung von Risikofaktoren und medizinische Versorgungsmaßnahmen bilden der Zeit den Schwerpunkt in der Schlaganfallforschung. Jedoch löst ein Schlaganfall mehr aus, als ein medizinisches zu behandelndes Problem. Diese Erkrankung stellt für Betroffene eine Lebenskrise dar, es entstehen neuerschaffene Lebensrealitäten, die in einem sich nun veränderten Lebensplan integriert werden müssen [vgl. Hager/Ziegler 1998, S. 9]. Grundsätzlich wer-

den Veränderungen in der physiologischen und psychologischen Grundbefindlichkeit ausgelöst, wodurch es zur Entstehung eines Belastungsempfindens kommen kann.

Diesem Thema widme ich mich in dieser Arbeit. Nicht nur unzureichende Informationen zum ausgelösten Belastungsempfinden nach einem Schlaganfall in Theorie und Literatur veranlassen mich, zu diesem Thema zu schreiben, sondern auch meine persönliche Erfahrungen innerhalb der Familie, von denen ich im Folgenden kurz berichte. Im Mai 2009 erlitt ein Familienmitglied eine intrazerebrale Blutung, eine Form von Schlaganfall mit Blutung ins Gehirn [vgl. Hamann/Siebler/von Scheidt 2002, S. 21]. Die physiologischen Folgen waren sofort erkennbar und haben sich bis zum heutigen Tage nur gering verbessert. Schluckstörungen, Halbseitenlähmung, sowie Gedächtnis- und Sprachstörungen gehören zu kaum überwindbaren Hindernissen im Alltag. Die Erkrankte erlebt nun eine Unmenge an Defizitlagen im Vergleich zum Leben vor dem Schlaganfall. Ich habe diese Schlaganfallbetroffene aus unserer Familie vom ersten Tag ihrer Erkrankung an begleitet und kann heute resümieren, dass sowohl die erste medizinische Intervention auf der Stroke-Unit-Station bis hin zu einem angepasstem Rehabilitationskonzept sehr fortschrittlich und komplex waren. Auf Grund der Langzeitfolgen des Schlaganfalls benötigt die Betroffene noch heute Logo-, Ergo- und Physiotherapie, welche hauptsächlich durch entsprechende Mitarbeiter des Pflegeheimes durchgeführt werden, in dem sie nun lebt. Aber nicht nur Therapien für die physiologischen Folgeerkrankungen sollten bedacht und abgedeckt werden, sondern es muss auch eine Auseinandersetzung mit psychosozialen Belastungsempfindungen statt finden.

Seit der Erkrankung unseres Familienmitglieds sind wir Angehörigen die ersten Ansprechpartner für Sorgen, Ängste und Nöte. Aber genau hier ergeben sich auch Grenzen. Die Erkrankte äußert mir gegenüber viele Belastungssituationen, die ich als gesunder Mensch nicht immer nachvollziehen kann. Des Weiteren ist es für mich als Angehörige sehr schwer zu ertragen, dass ein geliebtes Familienmitglied in eine derart große Unselbstständigkeit verfallen ist, sodass ich zum Selbstschutz nur bis zu einem gewissen Grad als Zuhörer und Unterstützer dienen kann. Zusätzlich bleiben einige Belastungsmomente aus Scham möglicherweise unausgesprochen. Ungelöste und unausgesprochene Belastungsempfindungen lösen dabei anscheinend Frust und Resignation aus und wirken sich wiederum destruktiv auf die physiologische Therapien aus.

Die Motivationsgründe, warum ich mich in dieser Arbeit speziell mit dem subjektiven Belastungsempfinden nach einem Schlaganfall bei alten Menschen in Pflegeinstitution auseinandersetze, sind vielschichtig. Neben der persönlichen Erfahrung veranlassen mich, wie bereits erwähnt, die noch immer geringen Informationen in der Literatur und Fachwelt der Sozialen Arbeit dazu.

Ziel dieser Arbeit ist es, mit Hilfe von Stimmungsbildern zweier Schlaganfallbetroffener, die in einer Pflegeinstitution leben, aufzuzeigen, welche Belastungsempfindungen entstehen können. Weiterhin gehe ich der Frage nach, was den Betroffenen bezüglich ihrer Situation helfen könnte. Die Stimmungsbilder sollen anschließend dazu dienen, Impulse für die Soziale Arbeit abzuleiten, und dienen gleichzeitig als Grundlage für die Arbeit in anderen sozialen Berufen.

Die vorliegende Arbeit ist nicht als reine Literaturarbeit gedacht, sondern ermöglicht zusätzlich einen Exkurs in die Lebenswelt von zwei alten Menschen, die an einem Schlaganfall erkrankt sind.

Im nun folgenden Teil werde ich zunächst auf verschiedene grundlegende Begriffe eingehen, welche in dieser Arbeit eine wichtige Rolle spielen. Anschließend werde ich die Erfahrungen und Ergebnisse der Praxiserkundung zum Thema vorstellen, um im letzten Teil zu den abzuleitenden Impulsen vor allem für Soziale Arbeit zu gelangen.

2. Begriffsbestimmungen

Die nun folgenden Begriffsbestimmungen dienen als Basis für ein gutes Verständnis dieser Arbeit.

Es zeigt sich dabei, dass keine eigenständige Definition für das subjektive Belastungsempfinden existiert und ich somit nach meinem eigenen Verständnis eine Begriffsbestimmung vornehme. Diese leite ich vom subjektiven Wohlbefinden als Merkmal von subjektiver Lebensqualität ab und beziehe schließlich das subjektive Belastungsempfinden konkret auf das Alter, sowie auf den Schlaganfall.

2.1. Schlaganfall

Der Schlaganfall, auch Insult oder Apoplex genannt, ist ein akutes neurologisches Defizit, ausgelöst durch eine Durchblutungsstörung im Gehirn. Die Durchblutungsstörung meint dabei einen Durchblutungsmangel in zuführenden arteriellen Gefäßen oder die Blutung ins Gehirngewebe [vgl. Hamann/Siebler/von Scheidt 2002, S. 21]. Die World Health Organisation definiert den Schlaganfall als ein Krankheitsbild, bei der sich Störungen zerebraler Funktionen rasch bemerkbar machen, mindestens 24 Stunden anhalten, zum Tode führen können und ausschließlich auf vaskuläre Ursachen zurückgeführt werden können [vgl. Hamann/Siebler/von Scheidt 2002, S. 21]. Das Bild des Schlaganfalls ist dabei sehr vielseitig, sowohl in der Ursache, als auch in der Erscheinung und der Prognose [vgl. Soyka 1995, S. 4].

2.2. Pflegeinstitution

Bei Pflegeinstitutionen unterscheidet man in zwei Bereiche, zum einem in ambulante Pflegeeinrichtungen und zum anderen in stationäre Pflegeeinrichtungen. Beide Einrichtungen sind nach § 71 Absatz 1 und 2 SGB XI selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung ausgebildeter Pflegefachkräfte Pflegebedürftige pflegen und versorgen.

Die ambulante Pflege gewährleistet dabei die Pflege und Versorgung des Pflegebedürftigen in dessen eigener Wohnung, während Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht, gepflegt und versorgt werden.

2.3. Subjektive Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden

Die subjektive Lebensqualität wird durch die Selbstperspektive eines Individuums auf die eigene Lebenssituation definiert [vgl. BMFSJ 2002, S. 71-72]. Dies bedeutet, dass die Bestimmung eines „guten Lebens“ durch die betroffene Person selbst und nicht durch Außenstehende vorgenommen wird [vgl. BMFSJ 2002, S. 72, zit. n. Diener 2000].

Eine wesentliche Determinante für subjektive Lebensqualität ist das subjektive Wohlbefinden. Dabei ist es notwendig, die verschiedenen Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens zu berücksichtigen, um ein angemessenes Bild von Lebensqualität zu erhalten. Indikatoren für subjektives Wohlbefinden sind wiederum Selbstentfaltungsmöglichkeiten, Selbstakzeptanz, verlässliche persönliche Beziehungen, sowie Persönlichkeitseigenschaften.

Je nach angenehmen und unangenehmen Erfahrungen bezüglich dieser Indikatoren steigt oder sinkt das subjektive Wohlbefinden. Menschen mit einer positiven Grundeinstellung erfahren dabei das Leben positiver, als Menschen mit einer negativen Grundeinstellung.

Zusammenfassend entsteht die subjektive Lebensqualität somit „im Kopf“ der Person, unter anderem auf Grundlage des subjektiven Wohlbefinden [vgl. BMFSJ 2002, S. 72 ff.].

2.4. Subjektive Lebensqualität und subjektives Belastungsempfinden

Dem subjektiven Wohlbefinden steht meinem Verständnis nach das subjektive Belastungsempfinden gegenüber und bildet somit ebenfalls eine Determinante für die subjektive Lebensqualität

Auf subjektives Belastungsempfinden gibt es in der Literatur keine konkreten Hinweise, sondern es wird der positiv formulierte Begriff beschrieben, das subjektive Wohlbefinden [vgl. BMFSJ 2002, S. 71 ff.]. Scheinbar immer dann, wenn subjektives Wohlbefinden eine negative Veränderung erfährt, zum Beispiel in Form von kritischen Lebensereignissen, sinkt das Wohlbefinden und führt zur Entstehung des Belastungsempfindens. Sind diese negativen Erfahrungen stärker als die persönliche Resilienz, verstärkt sich das subjektive Belastungsempfinden und führt schließlich zu Veränderung in der subjektiven Lebensqualität.

2.5. Subjektives Belastungsempfinden im Alter

Besonders im Alter stellen bestimmte, für diese Lebensphase charakteristischen Veränderungen ein Risiko zur Abnahme der Lebensqualität dar. Diese Veränderungen betreffen vor allem den allgemeinen Gesundheitszustand und die Lebensumstände, wie zum Beispiel der Umzug in eine Pflegeeinrichtung auf Grund von Pflegebedürftigkeit. Mit zunehmendem Alter steigt die Bedeutung von Morbidität, das heißt, chronische Erkrankungen, sowie Einschränkungen der Wahrnehmungs-, Erinnerungs- und Denkfähigkeit nehmen zu [vgl. BMFSJ 2002, S. 75].

Aber auch die Wahrscheinlichkeit von plötzlich auftretenden irreversiblen Erkrankungen, wie dem Schlaganfall, erhöht sich im Alter. Irreversible Veränderungen in

der Gesundheit zwingen dabei nicht selten zur Abwertung nun nicht mehr erreichbarer Ziele, sowie zu Umdeutungen von Situationen, was vor allem Einbrüche im subjektiven Wohlbefinden bedeuten kann.

Eine wesentliche Rolle beim Erleben von krankheitsspezifischen Veränderungen spielt hierbei die Bewältigungsfähigkeit, denn *„sich einer als veränderlich wahrgenommen Situation anzupassen, scheint im hohen Alter zur Bewahrung des subjektiven Wohlbefindens beizutragen“* [BMFSJ 2002, S. 78]. Doch treffen vor allem im hohen und sehr hohen Alter eine Vielzahl von irreversiblen Belastungen aufeinander, wodurch alte Menschen schneller an die Grenzen von Resilienz und Anpassungsfähigkeit geraten [vgl. BMFSJ 2002, S. 78].

An dieser Stelle lässt sich besonders gut die Frage nach dem subjektiven Belastungsempfinden stellen, welches vor allem mit der existenziellen Belastung durch Krankheit im Alter einhergeht.

2.6. Subjektives Belastungsempfinden und Schlaganfall

Als eine irreversible Erkrankung und Krisenauslöser ist der Schlaganfall zu betrachten, *„er den weiteren Verlauf der Lebensqualität maßgebend beeinflusst“* [Lalu 1996, S. 79]. Je nach Schweregrad des Schlaganfalls sind verschiedene Auswirkungen zu erwarten. Jedoch geht diese Erkrankung nicht nur selten mit schweren physiologischen und psychologischen Langzeitschäden einher, sondern kann viel mehr einen plötzlichen und langfristigen Hilfe- und Pflegebedarf hervorrufen.

Der Betroffene steht einer extremen Veränderung seiner eigenen Befindlichkeit vor und nach der Erkrankung gegenüber und gerät in Krisen- und Leiderlebnisse. Diese negativen Erfahrungen führen schließlich zum Absinken des subjektiven Wohlbefindens, hin zum subjektiven Belastungsempfinden. Dabei soll vor allem im folgenden Teil, anhand der von mir durchgeführten Praxiserkundung aufgezeigt werden, welche spezifischen Belastungen durch einen Schlaganfall entstehen können.

3. Begegnungen mit zwei Schlaganfallbetroffenen in der Praxis

In diesem Teil der Arbeit werden die Durchführung und Erfahrungen der Praxiserkundung vorgestellt.

Zunächst begründe ich, wieso ich mich für eine Praxiserkundung zum Thema subjektives Belastungsempfinden als Folge des Apoplex entschieden habe. Die anschließende Beschreibung der Praxiserkundung soll dazu dienen, meine Erfahrungen und Ergebnisse zu reflektieren, sowie meine Vorgehensweise von der Idee bis zur Umsetzung der Erkundung detailliert aufzuzeigen.

Bei der Auswertung der Praxiserkundung stelle ich jeweils Person 1 (Frau G.) und Person 2 (Frau T.) kurz vor, werde wiedergeben wie sich der Lebenslauf seit der Erkrankung bis heute gestaltete und schließlich die Antworten auf die von mir gestellten Fragen (siehe Anhang) darstellen. Danach erfolgt eine erste individuelle Zusammenfassung zu den Aussagen der einzelnen Personen, mit Hilfe von Kategorienbildung, welche ich aus den Gesprächen entwickelt habe.

In der anschließenden Zusammenfassung werden die Ergebnisse von Person 1 und Person 2 vergleichend herangezogen.

3.1. Begründung der Praxiserkundung

Um das subjektive Belastungsempfinden bei alten Menschen nach einem Schlaganfall, im Rahmen dieser Arbeit bestmöglich erfragen zu können, habe ich mich entschieden, eine Praxiserkundung durch zu führen. Hierfür haben zwei schlaganfallbetroffene alte Menschen bei einem gemeinsamen Treffen, meine im Vorfeld erstellten Fragen beantwortet. Diese Antworten dienen dazu, um im Folgenden aufzuzeigen, wie sich die

Lebenssituation nach einem Schlaganfall verändert, welche Belastungen entstehen können und welche Möglichkeiten der Unterstützung sich Betroffene durch Soziale Arbeit vorstellen könnten.

Anhand der durchgeführten Gespräche habe ich drei Kategorien gebildet, in denen die wichtigsten Aussagen zusammengefasst sind. Diese Kategorien beinhalten das subjektive Belastungsempfinden nach einem Schlaganfall, die Beschreibung des Coping-Stils, sowie die Bedeutung von Hilfeleistungen. Die Kategorie des subjektiven Belastungsempfindens lies sich dabei vor allem aus den Fragen 1, 2 und 4 entwickeln.

Die Entscheidung, mit Schlaganfallbetroffenen ins Gespräch zu kommen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, ist zum einen darin begründet, dass mir dadurch ein besserer Zugang zu den Gesprächspartner gelingen sollte und zum anderen sich möglicherweise wichtige Erkenntnisse über das Leben in einer Pflegeeinrichtung nach einem Schlaganfall ableiten lassen können, worauf Soziale Arbeit ebenfalls reagieren könnte.

3.2. Beschreibung der Praxiserkundung

Nach dem ich mich inhaltlich genauer in die Themen Schlaganfall und subjektives Belastungsempfinden auf Grundlage verschiedener Fachliteratur eingearbeitet hatte, habe ich sieben Fragen erstellt, die für die Abhandlung meiner Thematik von wesentlichster Bedeutung sind. Zusätzlich habe ich vor Beginn des Gesprächs einige persönliche Daten abgefragt und erfasst. Um die Anonymität der Befragten zu wahren, habe ich mich lediglich für die Erfassung des Alters, des Geschlechts und des Erkrankungsdatums entschieden, sowie die Nachnamen der beiden befragten Frauen auf den Anfangsbuchstabe gekürzt.

Bei der Wahl der Pflegeeinrichtung habe ich mich für das Seniorenpflegeheim „Marie-Juchacz-Haus“ der Arbeiterwohlfahrt Chemnitz e.V. entschieden, da ich persönlichen Kontakt zu der dort angestellten Ergotherapeutin habe. Nachdem ich ihr mein Anliegen am Telefon erklärt hatte, äußerte Sie sofortige Kooperationsbereitschaft und vermittelte mich schließlich zur Physiotherapeutin. Auch diese sprach mir Unterstützung bezüglich der Kontaktaufnahme zu und ermöglichte mir schließlich den Zugang

zu zwei ihrer Patientinnen, Frau G. und Frau T. Beide Frauen signalisierten wiederum sofortige Gesprächsbereitschaft und ich erhielt somit durch die Physiotherapeutin Termine, für die jeweiligen Treffen.

Der erste Termin mit Frau T. konnte jedoch nicht stattfinden, da sie das Treffen vergessen und einen Ausflug geplant hatte. Wir verschoben das Gespräch um weitere drei Tage, sodass ich schließlich mit Frau G. und Frau T. am selben Tag ins Gespräch kommen konnte. Beide Frauen begrüßten mich sehr freundlich und offen in ihren Zimmern. Ich stellte mich und mein Anliegen kurz vor und konnte schließlich beginnen, meine Frage zu stellen. Es war deutlich zu erkennen, dass beide Frauen sehr angestrengt überlegten und sich große Mühe bei der Antwortfindung gaben. Während ich mir die Aussagen zu den einzelnen Fragen notierte, erzählten sowohl Frau G. als Frau T. aus ihrem Leben, unabhängig von meinen gestellten Fragen. Auch dies habe ich mit notiert, um es bei der Zusammenfassung der Ergebnisse bezüglich der einzelnen Personen mit einfließen zu lassen.

Grundsätzlich schienen die Fragen den beiden Frauen keine Probleme in der Verständlichkeit oder bei der Beantwortung zu verschaffen. Auch intimere Details erzählten Frau G. und Frau T., zum Beispiel über das Nacktsein vor Pflegekräften oder über Toilettengänge. Nach dem ich die sieben Fragen gestellt und beantwortet bekommen hatte, äußerten beide Frauen, dass Sie nun keine Zeit mehr haben, da sie zum täglichen Kaffeetrinken im Speisesaal nicht zu spät kommen möchten.

Ich verabschiedete mich von Frau G. und Frau T. und dankte Ihnen für Ihre Gesprächsbereitschaft und der Offenheit im Gespräch. Aber auch beide Frauen bedankten sich bei mir, dass ich mich dem Thema Schlaganfall widme und Ihnen die Möglichkeit verschaffte, darüber zu sprechen.

4. Frau G.

Frau G. ist 83 Jahre alt und erlitt am 30.05.2009 im Alter von 80 Jahren einen Schlaganfall. Nach den ersten intensivmedizinischen Behandlungen folgten drei Wochen Aufenthalt auf der neurologischen Station im Helios-Krankenhaus in Aue, sowie eine fünfwöchige Rehabilitationsmaßnahme in Tharandt. Von dort aus wurde sie im Anschluss in das Seniorenpflegeheim „Marie-Juchacz-Haus“ aufgenommen, in dem sie bis heute lebt. Sie bewohnt ein Einzelzimmer, zum Teil mit selbst mitgebrachten Möbeln eingerichtet, sowie einigen persönlichen Gegenständen und Fotos, mit denen ihr Zimmer liebevoll dekoriert wurde. Nach dem ich mein Anliegen kurz vorstellte, signalisierte sie, dass sie schon ganz gespannt auf die Fragen ist und sich große Mühe beim beantworten der Fragen geben möchte.

4.1. Gespräch mit Frau G.

Frage 1: Wie ist Ihre aktuelle Situation?

Frau G. fühlt sich aktuell krank und weiß nicht, ob sie jemals wieder von diesem Schlag erlöst wird. Ihre rechte Körperseite ist sichtbar gelähmt und an diesem Zustand ändert sich nur wenig, ihre linke Körperhälfte ist hingegen vollkommen beweglich. Sie hat Schluckstörungen, wodurch es oft zu starken Hustenanfällen kommt, bei denen sie kaum mehr Luft bekommt. Da sie das Schlucken nicht mehr bewusst steuern kann, ist sie auf das Funktionieren der Schluckreflexe angewiesen ist, welche durch den Schlaganfall gestört sind. Seit dem Schlaganfall ist Frau G. auf Hilfe von anderen Menschen, wie Pflegekräfte und Angehörige angewiesen. Diese Hilfe annehmen zu können, war ein ganz schweres Problem, wie sie selbst beschreibt. Ein Jahr nach dem Schlaganfall war es Frau G. wieder möglich selbstständig die Toilette zu benutzen und auch beim Essen braucht sie keine Hilfe mehr. Beim Waschen, Anziehen

und Bandagen anlegen ist sie hingegen nach wie vor auf Hilfe angewiesen, vor allem auf Grund ihrer Halbseitenlähmung. Zusätzlich ist Frau G. der Auffassung, dass die damalige Rehabilitation für ihre heutige Situation nicht geholfen hat, da sie nur ins Bett gelegt und gepflegt wurde.

Frage 2: Was hat sich durch den Schlaganfall für Sie geändert?

Frau G. erzählte sofort wieder von ihrer gelähmten rechten Körperhälfte und dass sie dadurch vor allem mit ihrer rechten Hand nichts mehr machen kann. Des Weiteren konnte Frau G. durch den Schlaganfall zunächst gar nicht mehr sprechen, während sie heute nach eigener Einschätzung wieder besser sprechen kann. Zusätzlich hat sie viel vergessen und die Erinnerungen kommen bis heute nur sehr langsam wieder. Dabei passiert es ihr, dass sie einiges verwechselt, vor allem aber die Namen ihrer Mitmenschen. Auch benennt sie, dass sie früher ihren eigenen Haushalt hatte, in dem sie sich um alles kümmern konnte. Sie lebte in ihrer Wohnung über 30 Jahre. Weiterhin trifft Frau G. die Aussage, dass obwohl sie geschäftsfähig ist, sie alle Geschäfte aus der Hand geben musste. Auf Grund der Lähmung ihrer rechten Hand, muss sie nun lernen mit links zu schreiben. Mittlerweile kann sie ihren Namen und kurze Sätze leserlich schreiben. Es ist schwer für sie, dass sie die finanziellen Dinge nicht mehr erledigen kann und sich ihr Sohn nun darum kümmern muss. Selbst bei den Briefen, die an sie selbst adressiert sind, braucht Sie die Hilfe von Angehörigen. Frau G. sagt selbst, dass sie die heutigen Briefe nicht mehr versteht, weil diese viel zu lang und zu schwer sind. Sie kann zwar alles erkennen und lesen, aber sie versteht die Inhalte nicht. Dies macht sie wiederum nervös, da sie dann nicht weiß, ob ihr was Wichtiges entgeht.

Frage 3: Wie gehen Sie denn damit um?

Mit solchen Dingen umzugehen ist sehr schwer für Frau G. und sie begreift, dass sie es verkraften muss, und dass sie sich sowie so nicht selber helfen kann, vor allem auf Grund ihrer Lähmung. Sie ist außerdem der Meinung, dass ihr kein Mensch bei der Bewältigung hilft. Frau G. ist über ihren erlittenen Schlaganfall nicht verärgert, eher traurig.

Frage 4: Welche konkreten Belastungen empfinden Sie seit dem Schlaganfall?

Es ist für Frau G. sehr anstrengend, sich überall mit dem Rollstuhl hinbewegen zu müssen, zusätzlich ist dies sehr sperrig. Das Belastendste für Frau G. ist, dass sie nicht mehr selbstständig sein kann und sich bei fast allen Dingen helfen lassen muss. Hilft ihr aber dabei keiner, so kann sie gewisse Dinge nicht machen oder kommt an bestimmte Sachen nicht heran. Nackt gesehen zu werden beim Duschen ist hingegen kein Problem für Sie, weder von Fremden noch von Angehörigen, weil es zum einem nichts anders geht und es somit auch ordentlich wird.

Frage 5: Was stellen Sie sich vor, was Ihnen helfen könnte, bezüglich Ihrer Situation des Schlaganfalls?

Für Frau G. wäre es hilfreich, wenn sie auch nachts alleine auf Toilette gehen dürfte. Dazu benötigt sie aber den Rollstuhl. Diesen stellt die Altenpflegerin aber immer in unerreichbare Ferne, damit Frau G. nicht selbstständig auf Toilette geht, da dies nachts zu gefährlich ist auf Grund der Dunkelheit. Des Weiteren berichtet sie, dass sie die Logopädie zwar gerne wahrnimmt, sich aber die Inhalte wiederholen und immer dasselbe getan wird.

Frage 6: Wie sollte sich Soziale Arbeit verhalten?

Frau G. äußerte, dass die Probleme von Schlaganfallpatienten gehört werden müssen und nicht immer nur die Probleme von den Dementen. Auch muss Soziale Arbeit wissen, dass jeder Schlaganfall anders ist und somit auch Jeder andere Sorgen hat. Auf Grund der gelähmten linken Körperhälfte kann Frau G an „sozialen Sachen“, wie Ausfahrten, nicht teilnehmen. Dabei kann sich Frau G. noch gut unterhalten und würde es da auch gerne tun.

Frage 7: Wenn Sie noch einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

Frau G. wünscht sich, dass die Lähmung an ihrer rechten Hand nicht mehr wäre und sie wieder laufen könnte.

4.2. Betrachtung der Aussagen von Frau G.

Entsprechend der beschriebenen Kategorien im Punkt 3.1, werden im Folgenden die wichtigsten Aussagen von Frau G. aufgezeigt und zusammengefasst.

4.2.1. Subjektives Belastungsempfinden der Folgen des Apoplex bei Frau G.

Aus den Antworten von Frau G. lassen sich verschiedene Erkenntnisse zu ihrem subjektiven Belastungsempfinden als Folge des Schlaganfalls ableiten.

Bereits im ersten Satz schildert sie, dass sie sich krank fühlt und nicht weiß, ob sie jemals wieder von diesem Schlag erlöst wird. Hier lässt sich vermuten, dass Frau G. keine ausreichende Aufklärung über ihre Erkrankung erfahren hat, was wiederum dazu führt, dass sie derzeit mit der Ungewissheit leben muss, ob der erlittene Schlaganfall und seine Folgen jemals wieder heilen oder sich zumindest verbessern. Dieser Zustand der Ungewissheit und Unsicherheit könnte somit ein erstes Merkmal für das subjektive Belastungsempfinden sein, welches wohlmöglich weiterhin steigen könnte, da durch die fehlende Aufklärung unerfüllte Hoffnungen entstehen und bestehen bleiben, nämlich der unerfüllten Hoffnung auf Genesung. Dabei zeigt sich bereits nach den ersten Wochen des Schlaganfalls, mit welchen Dauerfolgen zu rechnen ist. Haben sich die Erscheinungen des Schlaganfalls nicht oder nur unvollkommen zurückgebildet, können Ärzte auf Grund von Erfahrungswerten bereits erste kurz- und langfristige Prognosen abgeben [vgl. Soyka 1995, S. 107].

Ein weiterer möglicher Faktor für das subjektive Belastungsempfinden bei Frau G. ist ihre aktuelle körperliche Situation, genauer die Lähmung der rechten Körperseite, sowie die Schluckstörungen.

Ein Schlaganfall kann Schädigungen der Hirnareale hervorrufen, welche die komplexen Bewegungsabläufe beim Schlucken steuern. Kommt es dann zu Störungen in einer Schluckphase, so können Speichel oder Essensreste in die Luftröhre eindringen, worauf der Körper mit heftigen Hustenanfällen reagiert. Diese Schluckstörungen können äußerst belastend und beeinträchtigend für Betroffene sein [vgl. www.kompetenznetz-schlaganfall.de].

Auf Grund der Lähmungen ist Frau G. nicht mehr in der Lage zu laufen und ist somit dauerhaft auf den Rollstuhl angewiesen. Die Hauptbelastung scheint dabei vor allem darin zu liegen, dass sie die Fortbewegung mit einem Rollstuhl als sehr anstrengend empfindet, da dieser zum einen sehr sperrig ist. Zum anderen resultiert die Anstrengung vermutlich daraus, dass sie den Rollstuhl ausschließlich mit ihrer linken Körperseite steuern und voran bewegen kann. Aber nicht nur die fehlende Möglichkeit, sich auf den eigenen zwei Beinen fortzubewegen, auch die fehlenden Handlungsmöglichkeiten durch die Lähmung in der rechten Hand scheinen Frau G. zu belasten. Obwohl sie bisher die Erfahrung gemacht hat, dass sich an den Lähmungserscheinungen nur wenig ändert, kann sich Frau G. damit nur schwer abzufinden, wie sie selbst sagt. Hier ergibt sich aus meiner Sicht ein weiterer Hinweis auf das Entstehen von Belastungsempfinden nach einem Schlaganfall, nämlich eine nur unzureichende bis fehlende Krankheitsverarbeitung.

Frau G. berichtete, dass sie nach dem Schlaganfall nicht mehr sprechen konnte, die Sprache aber mittlerweile wieder besser beherrscht. Zusätzlich hat sie vieles vergessen, die Erinnerungen kommen nur sehr langsam wieder und sie verwechselt dabei noch viel. Hier kann man durch aus von einer Störung der Sprach- und Gedächtnisleistungen sprechen, die als Folge des Schlaganfalls entstanden sind und für Frau G. eine Belastung bedeuten können. Die Sprachstörung als Folge entsteht dann, wenn der Schlaganfall die linke Hirnhälfte betroffen hat. Der Verlust der Kommunikationsfähigkeit ist für Schlaganfallbetroffene in höchstem Maße deprimierend und frustrierend. Die Chancen für eine Behandlung der Sprachstörung mit positiver Entwicklung sind sehr gut, vor allem mit Unterstützung von Logopädie und Angehörigen [vgl. Soyka 1995, S. 112].

Zusätzlich beschreibt Frau G., dass sie die heutigen Briefe, die an sie gerichtet sind, nicht mehr versteht, weil sie ihr zu lang und zu schwer sind. Dadurch wird sie nervös, weil sie nun nicht mehr einschätzen kann, ob ihr etwas sehr wichtiges entgeht. Als sie mir davon berichtete, griff sie zu einem Brief, der eine Rechnung für einen Krankenhausaufenthalt enthielt. Sie wusste weder, wie die Summe für die Zahlungsaufforderung entstanden sein könnte, noch wer die Zahlungsaufforderung stellt und hinzu kommt, dass sie ohne die Hilfe von Angehörigen der Aufforderung nicht nachkommen könnte, da sie durch der Lähmung der rechten Hand die Überweisung nicht ausfüllen kann. Es geht hier also nicht darum, dass sie den Brief auf Grund von Einschränkungen in der Sehschärfe nicht lesen kann, es überfordert sie schlichtweg, den Inhalt zu verstehen. Auch hier ist wieder von einer Belastungssituation zu sprechen. Die Begründung hierfür liegt wohlmöglich in der Beeinträchtigung der Hirnleistung [vgl. Soyka 1995, S. 108], unter anderem als Folge des Schlaganfalls. Es darf hierbei nicht vergessen werden, dass Einschränkungen der kognitiven Leistungen auch typische Erscheinungen des Alters sind [vgl. Mehrholz 2006, S. 73]. Beides schließt nach meinem Verständnis nicht aus, dass diese Beeinträchtigungen Belastungen darstellen.

Frau G. erzählt, dass es schwer für sie ist, dass sie sich um ihre finanziellen Angelegenheiten nicht mehr selbst kümmern kann. Man könnte hier von einem indirekten Verlust der Geschäftsfähigkeit sprechen, der ebenfalls ein Belastungsempfinden hervor zu bringen scheint. Also obwohl Frau G. voll geschäftsfähig ist, muss sie alle Geschäfte aus der Hand geben, wie sie selber sagt. Hier wirken wahrscheinlich mehrere Faktoren zusammen, die als Folge des Schlaganfalls entstanden sind. Auf Grund der Lähmung ihrer rechten Hand kann Frau G. keine schriftlichen Verfahren mehr ausüben, lediglich wenige kurze Sätze und ihren Namen kann sie mit der linken Hand schreiben. Des Weiteren hat sie selbst beschrieben, dass sie Schwierigkeiten im Verstehen von heutigen Briefen hat. Grundsätzlich stellen diese Gegebenheiten Grenzen für Frau G. in ihrer Geschäftsfähigkeit dar.

Wie bereits im Punkt 2.6 erläutert, kann der Schlaganfall ganz plötzlich Hilfe- und Pflegebedarf hervorrufen. Auch Frau G. stand und steht massiven Veränderungen bezüglich ihrer Selbstständigkeit gegenüber und nun ist in ihren Alltag wesentlich mehr hilfebedürftig als vor der Krankheit. Diese Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen, stellt nach eigenen Aussagen von Frau G. ein schweres Problem für sie dar. Sie erinnert

sich, wie selbstständig sie doch war und dass sie sogar noch verweist ist und dann „war alles Schluss“, wie sie selbst beschreibt. Der plötzliche Hilfe- und Pflegebedarf geht eindeutig einher mit Veränderungen in der Selbstständigkeit. Hier treffen also zwei Krisenerlebnisse für Frau G. unmittelbar aufeinander und sind meinem Empfinden nach zwei weitere wesentliche Faktoren für das Entstehen des Belastungsempfindens nach dem Schlaganfall. Aber nicht nur das plötzliche Entstehen, sondern auch das aktuelle Vorhandensein von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit scheinen Einfluss auf das Belastungsempfinden zu haben. Frau G. wird tagtäglich damit konfrontiert, was sie alles nicht mehr selbstständig machen kann, wie zum Beispiel waschen, anziehen und Bandagen anlegen.

Als einen weiteren Einflussfaktor auf das subjektive Belastungsempfinden bei Frau G. konnte ich den unfreiwilligen Wohnortwechsel ableiten. Dieser unfreiwillige Wohnortwechsel bezieht sich hier also auf das Verlassen der eigenen Wohnung, in der Frau G. über 30 Jahre gelebt hat und ein weiteres Leben auf Grund ihres Pflegebedarfs nicht mehr möglich war. Vor allem die körperlichen Langzeitfolgen des Schlaganfalls bei Frau G. zwingen sie zum Umzug in eine Pflegeeinrichtung, in der sie entsprechend ihres Hilfe- und Pflegebedarfs unterstützt und betreut werden kann.

4.2.2. Coping-Stil von Frau G.

Für Frau G. ist es sehr schwer, mit ihrer Situation umzugehen, wie sie selbst erzählt. Sie sieht sich nicht in der Lage, sich selbst zu helfen und begründet dies mit ihrer gelähmten Körperhälfte. Weiterhin berichtet sie, dass ihr kein Mensch bei der Bewältigung ihrer Situation hilft. Sie kommt schließlich zu der Aussage, dass sie alles so verkraften muss. Wie bereits erwähnt, könnte man hier von einer unzureichenden bis fehlenden Krankheitsverarbeitung sprechen. Dies wiederum würde durch den Coping-Stil von Frau G. begründet werden. Heim (1988) unterscheidet beispielsweise in effektives und ineffektives Coping. Unter effektivem Coping ist ein aktiv-zupackendes Verhalten zu verstehen, welches sich positiv auf die Krankheitsverarbeitung auswirkt. Das ineffektive Coping hingegen steht im Zusammenhang mit einer passiven Grundhaltung [vgl. Massadiq 2009, S. 8]. Diese passive Grundhaltung könnte sich bei Frau G. in sofern begründen lassen, dass sie zum einem selbst beschreibt, dass sie sich selber nicht helfen kann und dies vor allem in Zusammenhang mit der gelähmten

Körperseite bringt, die durch die Lähmung nicht mehr aktiv bewegt und genutzt werden kann. Zusammengefasst würde dies bedeuten, dass Frau G. durch ineffektives Coping die Krankheitsverarbeitung erschwert und zusätzlich überzeugt ist, dass ihr kein Mensch bei der Bewältigung hilft.

4.2.3. Bedeutung von Hilfeleistungen für Frau G.

Frau G. wünscht sich, dass sie nachts gerne alleine auf Toilette gehen würde. Tagsüber kann sie den Toilettengang nach eigener Aussage selbstständig verrichten. Ich vermute, dass dieser Toilettengang symbolisch für wieder zu erlangende Selbstständigkeit steht. Es war ihr wohl sehr wichtig zu berichten, dass sie nach einem Jahr wieder ohne Hilfe auf Toilette gehen konnte, als sie ihre aktuelle Situation bei der ersten Frage beschreiben sollte. Aktuell aber wird ihr Rollstuhl nachts in unerreichbare Ferne gestellt, sodass Frau G. keine andere Wahl hat, als nach den Pflegekräften zu klingeln, wenn sie auf Toilette muss. Hier sieht sie möglicherweise ein Hindernis auf ihrem Weg zu einer größeren Selbstständigkeit. Deshalb würde Frau G. sehr wahrscheinlich weiter helfen, wenn der Rollstuhl an ihrem Bett bleiben könnte und sie somit selbstständig und unabhängig die Toilette aufsuchen darf.

Auf Grund der Sprachstörungen nimmt Frau G. die Logopädie in Anspruch und dies macht sie nach eigener Aussage auch gern. Jedoch wiederholen sich die Übungen immer wieder. Frau G. fühlt sich dadurch möglicherweise unterfordert. Im Umkehrschluss würde dies also bedeuten, dass neue Übungsangebote innerhalb der Logopädie gemacht werden sollten, um Frau G. bezüglich ihrer aktuellen Situation des Schlaganfalls zu helfen.

Frau G. äußert, dass die Probleme von Schlaganfallpatienten gehört werden müssen und sich nicht nur den Problemen der Demenzerkrankten gewidmet werden soll, wie sie selber sagt. Dabei müsse Soziale Arbeit wissen, dass jeder Schlaganfall anders ist und dass es somit unter den Schlaganfallbetroffenen unterschiedliche Sorgen und Probleme gibt. Frau G. als Schlaganfallbetroffene scheint zu spüren, dass dem Schlaganfall noch nicht genug Stellenwert in der Sozialen Arbeit eingeräumt wird.

Des Weiteren scheint sie ihrem Gefühl nach nicht ausreichend in die angebotenen sozialen Angebote und Unternehmungen innerhalb ihrer Einrichtung eingebunden zu sein. An mangelnder Kommunikationsfähigkeit wird es dabei nicht liegen, schließlich sagt sie selbst, dass sie sich noch gut unterhalten kann mit anderen Menschen. Aber auch hier verweist sie wieder auf ihre gelähmte Körperseite, die sie als Hindernisgrund für die Teilnahme sieht. Meinem Verständnis nach scheint sich Frau G. zu wünschen, dass Soziale Arbeit aktiver auf sie und Schlaganfallbetroffene zu geht und zur Teilhabe auffordert. Die Bereitschaft für die Teilhabe wiederum scheint schließlich vorhanden zu sein.

4.2.4. Resümee

Auf Grundlage der Antworten von Frau G. aus unserem gemeinsamen Gespräch lassen sich sehr interessante Faktoren für das Entstehen und Vorhandensein des subjektiven Belastungsempfindens nach einem Schlaganfall ableiten lassen. Die folgende Auflistung soll an dieser Stelle noch einmal einen besseren Überblick bezüglich dieser erarbeiteten Faktoren ermöglichen:

- keine ausreichende Aufklärung über ihre Erkrankung
- aktuelle körperliche Situation
- unzureichende bis fehlende Krankheitsverarbeitung
- Störung der Sprach- und Gedächtnisleistung
- Beeinträchtigung der Hirnleistung
- indirekter Verlust der Geschäftsfähigkeit
- plötzlicher Hilfe- und Pflegebedarf
- aktuelle Vorhandensein von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit
- Veränderungen in der Selbstständigkeit
- unfreiwilligen Wohnortwechsel

Obwohl Frau G. diese Faktoren nicht eindeutig benennen kann, so verweist sie doch indirekt durch ihre Erzählungen und Beschreibungen auf diese Faktoren. Ihre Aussagen lassen die Theorie zum Entstehen des subjektiven Belastungsempfindens nach einem Schlaganfall im Punkt 2.6 gut belegen. Frau G. erlebt extreme Veränderungen in ihrer eigenen Befindlichkeit und den damit plötzlich hervorgerufenen Hilfe- und Pflegebedarf. Diese Veränderungen werden als negative Erfahrungen wahrgenommen, wie zum Beispiel die Lähmung der rechten Körperseite, die Reduzierung der eigenen Selbstständigkeit und die somit entstandene Abhängigkeit. Deutlich zeigt sich, dass die hervorgerufenen Faktoren durch den Schlaganfall im Zusammenhang mit Verlust stehen. Verlust geht dabei nicht selten mit Trauer einher und auch Frau G. sagt, sie sei traurig über den Schlaganfall.

Frau G. beschreibt einen eher passiven Umgang mit ihrer Situation. Sie sagt sich, dass sie es einfach verkraften muss, weil sie sich selbst nicht helfen kann und andere Menschen ihr dabei auch nicht helfen. Dies würde meinem Verständnis nach dem ineffektiven Coping-Stil entsprechen, der ihr keine gute Krankheitsverarbeitung ermöglicht.

Durch die abgefragten Anforderungen an die Dienstleistungen der Sozialen Arbeit lassen sich auf Basis der Aussagen von Frau G. wichtige Erkenntnisse ableiten, die im letzten Teil dieser Arbeit als Impulse für Soziale Arbeit einfließen sollen.

5. Frau T.

Am 20.07.2001 erkrankte Frau T. im Alter von 70 Jahren am Schlaganfall. Die heute 80 Jährige lebte anschließend noch bis 2008 in einer Einliegerwohnung bei ihrer Tochter im Haus. Dort übernahmen sowohl ihre Tochter, als auch der Schwiegersohn die notwendige Pflege. Auf Grund der linksseitig gelähmten Körperhälfte war das Verlassen der Wohnung nur durch Hilfe von medizinischen Transportdiensten möglich. In der Wohnung selbst musste Frau T. stets unter Beobachtung sein, da sie zu dem Zeitpunkt sehr schwach war und sich ohne Hilfe nicht fortbewegen konnte. Als ihre Tochter die Berufstätigkeit vor drei Jahren wieder aufnahm, musste sich Frau T. für den Einzug in das Seniorenpflegeheim „Marie-Juchacz-Haus“ entscheiden. In dieser Einrichtung war sie seit ihrem Schlaganfall schon öfters zur Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege untergebracht wurden. Frau T. lebt in einem praktisch eingerichteten Einzelzimmer, ebenfalls mit persönlichen Gegenständen dekoriert.

5.1. Gespräch mit Frau T.

Frage 1: Wie ist Ihre aktuelle Situation?

Frau T. beschreibt ihre aktuelle Situation als ganz zufriedenstellend. Ihre linke Körperseite ist gelähmt und dadurch kann sie damit so gut wie nichts machen. Am Rest des Körpers habe sie Schmerzen auf Grund von Verspannungen. Der Schlaganfall hat ihr viele Einschränkungen gebracht, wie sie selber sagt. Sie kann nicht mehr laufen und braucht Hilfe beim Duschen und Anziehen. Im Laufe der Zeit ist Frau T. wieder selbstständiger geworden. Für Frau T. als Schlaganfallpatientin ist das Pflegeheim die beste Alternative, da so viele Hilfsmittel vorhanden sind. Schließlich äußert sie, dass alles zum aushalten sei.

Frage 2: Was hat sich durch den Schlaganfall für Sie geändert?

Als erste Veränderung benennt Frau T., dass sie früher in ihrem eigenen Haushalt sein konnte und nun im Pflegeheim ist. Eine weitere Veränderung ist, dass sie durch den Schlaganfall plötzlich auf Hilfe angewiesen ist, man musste sie immer stützen und beobachten.

Frage 3: Wie gehen Sie damit um?

Frau T. äußert, dass sie ihre Situation so akzeptiert, weil sie nichts daran ändern kann. Sie betont, dass sie 80 Jahre alte ist und es für sie die Hauptsache ist, dass es nicht noch schlimmer gekommen ist. Sie hat für sich erkannt, dass es wesentlich schlimmer sein könnte, wenn sie zum Beispiel die ganzen bettlägerigen Menschen sieht. Frau T. lamentiert nach eigener Aussage nicht, denn das Leben geht schließlich für sie weiter. Sie merkt dabei noch an, dass es ihr nicht immer leicht fällt, aber sie sich dann doch wieder zusammenreißt, denn von alleine wird das sowie so nichts mehr.

Frage 4: Welche konkreten Belastungen empfinden Sie seit dem Schlaganfall?

Da der Schlaganfall von Frau T. bereits zehn Jahre her ist, hat sie sich mit ihrer Gegenwart arrangiert. Es zeigen sich zwar Belastungen im Alltag, aber die vergisst sie schnell wieder. Als Belastung empfindet sie ab und zu mal die Schmerzen. Ansonsten muss sie hin und wieder an die Gefahr eines zweiten Schlaganfalls denken.

Frage 5: Was stellen Sie sich vor, was Ihnen helfen könnte, bezüglich Ihrer Situation des Schlaganfalls?

Frau T. wünscht sich, dass sie wieder richtig laufen lernt und dies soll mit Hilfe von Physiotherapeuten geschehen. Ansonsten kommt Frau T. zu dem Schluss, dass es so wie früher nicht mehr werden kann. Deshalb stellt Sie die Frage, was sie denn noch

mehr wollen könnte, schließlich bekommt sie Therapie und alles Weitere kostet sowie so zu viel Geld.

Frage 6: Wie sollte sich Soziale Arbeit verhalten?

Frau T. wünscht sich als Dienstleistung von Soziale Arbeit, dass mit den Schlaganfallbetroffenen geistig mehr gemacht wird. Die Demenzkranken hingegen werden gefördert bis zum geht nicht mehr, obwohl es bei denen nicht mehr viel bringt und sie hingegen muss sich selber beschäftigen. Zusätzlich habe das Pflegepersonal so viel zu tun, dass keine Zeit bleibt, sich zu unterhalten. Auch das könnte Soziale Arbeit übernehmen.

Frage 7: Wenn Sie noch einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

Der größte Wunsch von Frau T. ist es, wieder laufen zu können.

5.2. Betrachtung der Aussagen von Frau T.

Auch bei Frau T. sollen die drei entwickelten Kategorien zur Zusammenfassung ihrer Aussagen dienen. Es wird sich dabei heraus stellen, dass keine neuen Faktoren im Zusammenhang mit subjektiven Belastungsempfinden nach einem Schlaganfall hinzu kommen. Viel mehr haben sich bei Frau T. die gleichen Faktoren ableiten lassen, wobei es in der Summe weniger sein werden.

5.2.1. Subjektives Belastungsempfinden der Folgen des Apoplex bei Frau T.

Der Schlaganfall von Frau T. ist mittlerweile zehn Jahre her und sie sagt selbst, dass sie sich mit ihrer Gegenwart arrangiert hat. Trotzdem beschreibt auch sie Erfahrungen, die auf ein vorhandenes Belastungsempfinden in Folge des Schlaganfalls zurück zu führen sind.

Frau T. berichtet von Schmerzen, die ab und zu auftreten. Nach eigener Aussage resultieren sie aus der Lähmung ihrer linken Körperhälfte, da es dadurch zu Verspannungen am Rest des Körpers kommt. Nach einem Schlaganfall ist es nicht selten der Fall, dass halbseitige Schmerzzustände entstehen und bestehen bleiben können. Diese resultieren entweder aus Verspannungen durch eine veränderte Körperhaltung auf Grund der Muskellähmungen oder durch den Schlaganfall an sich, der sich im Thalamus des Gehirns abgespielt hat. [vgl. Soyka 1995, S. 111]. Zusätzlich kann Frau T. seit dem Schlaganfall nicht mehr laufen. Sie ist ebenfalls auf einen Rollstuhl als Fortbewegungsmittel angewiesen. Die halbseitige Lähmung, die Schmerzen am Rest des Körpers, sowie nicht mehr laufen zu können verweisen auf Veränderungen in der körperlichen Situation, die auch hier ein Belastungsempfinden entstehen lassen könnten.

Dass der Schlaganfall eine plötzliche Veränderung von Selbstständigkeit hin zum Hilfebedarf auslöst, musste auch Frau T. erfahren. Sie beschreibt, dass sie früher in ihrem eigenen Haushalt sein konnte und durch den Schlaganfall plötzlich auf Hilfe im Alltag angewiesen war. Während sie sich also vor dem Schlaganfall anscheinend selbst versorgen konnte, ist sie nun auf Hilfe beim waschen und anziehen angewiesen. Auch hier kommt dazu, dass Frau T. nicht nur der Belastung ausgesetzt ist, plötzlich Pflege- und Hilfebedürftig zu sein, sondern sich auch zehn Jahre nach ihrem Schlaganfall nur wenig an dieser Situation geändert hat. Bis heute ist die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nach wie vor vorhanden.

Wie unter Punkt 5.1 erwähnt, hat sich auch für Frau T. durch den Schlaganfall ein unfreiwilliger Wohnortwechsel ergeben. Mit Hilfe ihrer Tochter und ihres Schwiegersohns, sowie von ambulanten medizinischen Diensten war es für Frau T. noch ganze sieben Jahre nach ihrem Schlaganfall möglich, die Einliegerwohnung bei ihrer Tochter im Haus zu bewohnen. Mit der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit ihrer Tochter, konnte die Pflege und Beobachtung nicht mehr gewährleistet werden. Frau T. musste also auf Grund der körperlichen Langzeitfolgen durch den Schlaganfall in die Pflegeeinrichtung umziehen. Auch hier könnte man von einem Belastungsempfinden sprechen, da dieser Wohnortwechsel unfreiwillig war. An dieser Stelle muss aber unbedingt angemerkt werden, dass Frau G. das Leben im Pflegeheim mittlerweile als die bessere Alternative für sich betrachtet, auf Grund vorhandener Hilfsmittel, auf die sie wohl in ihrer Wohnung nicht zurück greifen konnte. Wenn man bei Frau T. also

von einem Belastungsempfinden im Zusammenhang mit einem unfreiwilligen Wohnortwechsel sprechen möchte, so muss man beachten, dass dieses Belastungsempfinden in der Vergangenheit von Frau T. zu finden ist und nicht mehr aktuell sein könnte.

5.2.2. Coping-Stil von Frau T.

Frau T. sagt von sich selbst, dass sie ihre Situation akzeptiert hat, weil sie es nicht ändern kann. Sie schätzt für sich selber ein, dass ihre Situation wesentlich schlimmer sein könnte, wie bei den Menschen, die den ganzen Tag im Bett liegen müssen. Dieser Vergleich mit den bettlägerigen Bewohnern des Pflegeheims, dient Frau G. möglicherweise als Aufwertung ihrer eigenen Situation. Auch wenn ihr alles nicht mehr so leicht fällt, so reißt sie sich doch zusammen. Für sie geht es immer irgendwie weiter und sie lamentiert nicht. Auch bei Frau T. würde sich nach der Definition von Heim (1988) ein ineffektiver Coping-Stil zeigen, also eine passive Grundhaltung gegenüber der eigenen Situation [vgl. Massadiq 2009, S. 8]. Sie akzeptiert ihren jetzigen Zustand, anstatt aktiv daran zu arbeiten, dass sich ihre Situation noch verbessern könnte. Es reicht ihr anscheinend zu wissen, dass ihr gesundheitlicher Zustand wesentlich schlechter sein könnte. Diese Auffassung versetzt Frau T. in diese Passivität, von einem krankheitsverarbeitenden Coping-Stil kann hier aus meiner Sicht nicht die Rede sein.

5.2.3. Bedeutung von Hilfeleistungen für Frau T.

Für Frau T. würde ihr nach eigener Aussage in ihrer aktuellen Situation helfen, wenn sie mit Hilfe der Physiotherapeutin wieder laufen lernen könnte. Es ist ihr dabei durchaus bewusst, dass ihr das Wiedererlernen des Laufens nicht mehr gelingen wird. Ansonsten stellt sich Frau G. selbst die Frage, was sie denn noch mehr wollen könnte. Sie bekommt regelmäßig ihre Therapien. Alles was darüber hinaus gehen könnte, scheint nach der Vorstellung von Frau T. sowie so nur zu viel Geld kosten. Der Hintergrund zu ihrer Aussage mit dem Geld wird im Rahmen dieser Arbeit nicht geklärt.

Auch Frau T. bezieht sich zum Thema Hilfeleistung durch Soziale Arbeit zunächst auf die Demenzerkrankten. Ihrem Eindruck nach, werden die Demenzerkrankten „bis zum geht nicht mehr“ gefördert, obwohl dies doch ihrer Einschätzung nach nicht mehr viel bringt. Viel mehr wünscht sie sich, dass man mit den Schlaganfallbetroffenen mehr geistig arbeiten sollte. Hieraus könnte man schließen, dass sich Frau T. zusätzliche Beschäftigungsangebote durch Soziale Arbeit wünscht, bei denen sie vor allem geistig gefördert wird.

Ein weiterer Hinweis an Soziale Arbeit erschließt sich aus der mangelnden Zeit des Pflegepersonals zum Unterhalten. Nach der Vorstellung von Frau T. soll Soziale Arbeit anscheinend für Gesprächs- und Unterhaltungsmöglichkeiten sorgen.

5.2.4. Resümee

Aus dem gemeinsamen Gespräch mit Frau T. innerhalb meiner Praxiserkundung konnten keine neuen und zusätzlichen Faktoren zum Entstehen des Belastungsempfindens nach einem Schlaganfall ableiten. Viel mehr haben sich einige der Faktoren aus dem Gespräch mit Frau G. wiederholt, aber trotzdem soll auch hier eine Auflistung der Belastungsfaktoren von Frau T. einer nochmaligen und besseren Übersicht dienen:

- Veränderungen der körperlichen Situation
- plötzliche Veränderung von Selbstständigkeit hin zum Hilfebedarf
- unfreiwilliger Wohnortwechsel
- Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nach wie vor vorhanden

Die Begründung dafür, dass sich keine weiteren und neuen Aufschlüsse zu den Belastungsfaktoren nach dem Schlaganfall von Frau T. ergeben, liegen vermutlich darin, dass ihr Schlaganfall bereits zehn Jahre her ist. Sie vergisst die Belastungen, die sich im Alltag ergeben schnell wieder und hat sich mit ihrer Krankheit nach eigenen Aussagen arrangiert. Weiterhin lässt sich auch bei ihr der ineffektive Coping-Stil wieder finden, da sie nicht aktiv an einer Veränderung und Auseinandersetzung mit ihrer Situation arbeitet.

Für sich selbst wünscht sich Frau T., dass sie mit Hilfe der Physiotherapeutin wieder laufen kann.

An die Dienstleistungen der Sozialen Arbeit in ihrer Einrichtung stellt sie die Anforderungen, zusätzliche Beschäftigungsangebote einzuführen, sowie Gesprächs- und Unterhaltungsmöglichkeiten anzubieten, welche auch bei den Impulsen für Soziale Arbeit einfließen sollen.

6. Zusammenfassung der Aussagen

Die durchgeführte Praxiserkundung hat aus meiner Sicht viele wichtige Erkenntnisse zum Thema dieser Arbeit hervor gebracht. Durch die Gespräche mit Frau G. und Frau T. hat sich eindeutig gezeigt, dass ein subjektives Belastungsempfinden nach einem Schlaganfall entsteht und genauer noch, was dieses Belastungsempfinden konkret ausmacht. Beide Frauen berichten von irreversiblen Folgen bezüglich des Schlaganfalls, die ihr weiteres Leben wesentlich beeinflussen. Diese irreversiblen Folgen beziehen sich dabei vor allem auf die Veränderung der körperlichen Situation. Die halbseitige Körperlähmung bringt viele Einschränkungen, sowohl in der Fortbewegung, als auch in grob- und feinmotorischen Bewegungen. Dadurch entsteht vor allem der Hilfe- und Pflegebedarf.

Im Zusammenhang mit dem Schlaganfall steht vor allem Verlust. Dieser Verlust bezieht sich bei Frau G. und Frau T. dabei hauptsächlich auf die Selbstständigkeit, sowie bereits erwähnt, auf die physiologischen Grundbefindlichkeiten. Beide Frauen beschreiben, wie bewusst sie in ihrem Alltag den Verlust an Selbstständigkeit wahrnehmen können. Dies spüren sie vor allem immer dann, wenn sie ein bestimmtes Vorhaben ohne Hilfe von anderen Menschen nicht umsetzen können. Die beiden Frauen gelangen hier an Grenzen, mit denen sie vor ihrem Schlaganfall nicht konfrontiert waren.

Vor allem bei Frau G. ist das Erleben krankheitsspezifischer Veränderungen sehr aktuell. Erschwerend kommt für sie dazu, dass sie scheinbar nicht ausreichend über ihre Erkrankung aufgeklärt ist. Sie kann nicht einschätzen, wie sich ihr Krankheitsverlauf noch gestalten wird und ob sie jemals wieder erlöst wird von ihrem Schlag. Diese krankheitsspezifischen Veränderungen betreffen vor allem ihre Sprach- und Gedächtnisleistung. Nachdem Frau G. direkt nach ihrem Schlaganfall gar nicht mehr sprechen konnte, ist sie heute mit Hilfe der Logopädie wieder in der Lage zu reden und kann sich somit auch wieder mit anderen Menschen unterhalten.

Bei Frau G. zeigen sich nicht nur am deutlichsten die krankheitsspezifischen Veränderungen, sondern auch die meisten Faktoren für subjektives Belastungsempfinden nach einem Schlaganfall. Sie beschreibt sehr anschaulich, welchen Einschränkungen sie in ihrem Alltag noch unterlegen ist. Besonders wichtig ist hier nochmal die Aussage von Frau G., dass sie trotz ihrer Geschäftsfähigkeit, alle Geschäfte aus der Hand geben muss. Auch hier zeigt sich eine weitere Defizitlage für Frau G. Sie kann zwar Entscheidungen treffen, benötigt aber für die Umsetzung die Unterstützung von Angehörigen.

Gemeinsam haben beide Frauen meinem Verständnis nach, dass sie ihre Krankheit bisher nicht verarbeiten können. Frau G. trifft die Aussage, dass sie es einfach verkraften muss, weil sie sich sowie so nicht helfen kann. Frau T. sagt, dass sie es akzeptiert, weil sie an ihrem Zustand nichts ändern kann. Beide Frauen zeigen eher ein resignierendes, als ein aktiv verarbeitendes Verhalten. Dies liegt meiner Auffassung nach an den Coping-Strategien der beiden Frauen. Sie haben eine passive Grundhaltung gegenüber ihrer eigenen Krankheitsentwicklung eingenommen. Sie verlassen sich anscheinend auf ihre regelmäßigen Termine bei der Physiotherapie und stellen in dem Gespräch mit mir fest, dass sich eigentlich kaum noch etwas an ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation ändert. Im Kontrast dazu steht der Wunsch beider Frauen, mit Hilfe der Physiotherapie noch einmal laufen zu können. Diesem Wunsch ist wahrscheinlich mehr symbolträchtigen Charakter bei zu messen, nämlich noch einmal so zu sein, wie vor dem Schlaganfall, selbständig auf zwei Beinen stehend. Obwohl sich dieser Wunsch auf Grund der tatsächlichen körperlichen Entwicklung nach dem Schlaganfall mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht mehr erfüllen wird, sollte dieser Wunsch nicht durch knallharte Konfrontation mit der Realität zerstört werde. Viel mehr sollte dieser Wunsch als Motivationshilfe genutzt werden, doch noch aktiver an ihrer eigenen Erkrankung zu arbeiten.

Als ein weiterer Faktor für das subjektive Belastungsempfinden ist hier auch nochmals der unfreiwillige Wohnortwechsel aufzuführen. Damit ist vor allem gemeint, dass beide Frauen, auf Grund der irreversiblen Folgen durch den Schlaganfall nicht mehr in der Lage waren, in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben.

Besonders wichtig für diese Arbeit war auch die Frage, wie sich Soziale Arbeit nach Vorstellung der beiden Frauen verhalten sollte. Hier haben sich konkrete Aussagen er-

geben, die vor allem im anschließenden Teil mit einfließen sollen. Wie bereits erarbeitet, verweist Frau G. scheinbar intuitiv auf den geringen Stellenwert des Schlaganfalls in der Sozialen Arbeit. Sie möchte, dass die Probleme von Schlaganfallbetroffenen gehört werden und dabei beachtet werden muss, dass Schlaganfälle unterschiedlich sein können und somit auch die Probleme, die daraus resultieren. Beide Frauen wünschen sich mehr soziale Teilhabe innerhalb von Unternehmungen und Beschäftigungsangeboten. Frau T. verweist darauf, dass Soziale Arbeit die fehlenden Gespräche mit dem Pflegepersonal übernehmen sollte.

Die Ergebnisse der Praxiserkundung sind sehr vielseitig und sollen nun als Grundlage für die Impulse für Soziale Arbeit dienen.

7. Impulse für Soziale Arbeit

Wie bereits zu Beginn dieser Arbeit erwähnt, erleiden jährlich etwa 250000 Menschen erstmals einen Schlaganfall und circa die Hälfte der Überlebenden bleibt behindert. Mit dem Ausblick, dass es in Zukunft auf Grund der steigenden Lebenserwartung auch zu einer Zunahme der Schlaganfallhäufigkeit kommen wird, ist die medizinische Relevanz durchaus begründet. Aber auch für Soziale Arbeit muss diese Erkrankung an Bedeutung gewinnen. Meine Recherchearbeiten zeigen hierbei ein deutliches Defizit in der Literatur, diese Erkrankung ist aus sozialer Sicht zu wenig betrachtet. Vielmehr finden sich Untersuchungen zu Risikofaktoren aus medizinischer Sicht und zur Krankheitsverarbeitung bei Schlaganfallpatienten aus psychologischer Sicht. Meiner Auffassung nach entsteht hier eindeutig eine Forschungsaufgabe für die Soziale Arbeit, sowie die Fragen nach methodischer Übertragbarkeit in die Praxis. Impulse dafür sollen die folgenden Ausführungen liefern, die ich ausschließlich auf Grundlage meiner Erkenntnisse aus dieser Arbeit entwickelt habe. Ich möchte hier unbedingt anmerken, dass diese Impulse nicht ausschließlich für Soziale Arbeit gedacht sind, sondern auch für andere Berufe, die „sozial arbeiten“, zum Beispiel Pflegefachkräfte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Logopäden.

Grundsätzlich sollte Soziale Arbeit versuchen, zum Abbau des subjektiven Belastungsempfindens und zu einer Steigerung des subjektiven Wohlbefindens beizutragen. Die Determinanten für das subjektive Wohlbefinden müssen an dieser Stelle wieder herangezogen werden.

Zunächst sollten die Betroffenen bei ihrer Selbstentfaltung und Selbstständigkeit unterstützt werden. Es müssen innerhalb gemeinsamer Gespräche und Begleitung im Alltag die Belastungssituationen und Grenzen der Schlaganfallbetroffenen heraus gefunden werden um dann gemeinsam zu besprechen, ob und welche Möglichkeiten zur Überwindung oder zum Herabsetzen der Grenzen entwickelt werden können, beziehungsweise welche realistischen Chancen auf Erhöhung der Selbstständigkeit beste-

hen. Veranschaulichen möchte ich dies kurz am Beispiel von Frau G., die nachts nur mit Hilfe der Pflegekräfte auf Toilette gehen darf, auf Grund schlechter Lichtverhältnisse. Um zur Erhöhung der Selbstständigkeit und Selbstentfaltung beizutragen, sollte es in Absprache mit den Pflegekräften und Frau G. auf einen gemeinsamen Versuch ankommen, Frau G. ohne Hilfe auf Toilette gehen zu lassen, nachdem zum Beispiel zusätzliche Lichtquellen installiert wurden. Wird ihr der selbstständige Toilettengang gelingen, wird Frau G. die so wichtigen und positiven Erfahrungen machen, um das subjektive Wohlbefinden auf Grund von Selbstentfaltung wieder zu steigern.

Bei der Praxiserkundung hat sich herausgestellt, dass die fehlende Krankheitsverarbeitung wesentlich zum Belastungsempfinden beiträgt. Um an dieser Stelle eine Veränderung hin zum subjektiven Wohlbefinden auslösen zu können, sollte mit den Schlaganfallbetroffenen an ihrer Selbstakzeptanz gearbeitet werden. Ein Lösungsansatz an dieser Stelle wäre zum Beispiel, dass man die Schlaganfallbetroffenen auffordert zu überlegen, was Ihnen der Schlaganfall „positives“ gebracht haben könnte. Dies soll vor allem dazu dienen, den Fokus von den ganzen Einschränkungen wegzulenken, hin zu neuen positiven Lebensrealitäten, welche schließlich zur Selbstakzeptanz beitragen könnten.

Eine weitere Determinante für die Steigerung des subjektiven Belastungsempfindens, sind verlässliche persönliche Beziehungen. Personen, die den Schlaganfallbetroffenen wirklich nahe stehen, sollten hierbei mit einbezogen werden. Ich selbst hatte bereits aus meiner eigenen Erfahrung beschrieben, dass auch für Angehörige im Umgang mit dem geliebten Menschen, der plötzlich einen Schlaganfall erlitten hat, neue Grenzen entstehen. Um diese verlässlichen persönlichen Beziehungen nicht zu gefährden, sollte Soziale Arbeit Aufklärungsarbeit bei Betroffenen, Angehörigen und dem Schlaganfallbetroffenen nahe stehenden Personen leisten können. Diese Aufklärung bezieht sich dann auf das Krankheitsbild, die entstandenen Belastungsempfindungen für den Betroffenen, sowie erstes Aufzeigen von Perspektiven, um den Umgang mit dieser Erkrankung für alle Beteiligten zu erleichtern und mögliche Überforderungszustände zu lindern. Aber auch interdisziplinäre Professionen müssen Aufklärung zu diesem Krankheitsbild erhalten. Netzwerkarbeit spielt somit auch hier eine äußerst bedeutende Rolle.

Des Weiteren müssen die Persönlichkeitseigenschaften der Schlaganfallbetroffenen erkannt und angenommen werden, um professionell mit dem Klienten arbeiten zu können. Das heißt, die Individualität der Persönlichkeit ist nicht nur bei gesunden Menschen zu finden, auch vom Schlaganfall betroffene Menschen behalten diese Individualität. Es soll also kein allgemeingültiges Konzept für die Arbeit mit Schlaganfallbetroffenen auf Grundlage der Krankheit erarbeitet werden, sondern es muss entsprechend der spezifischen Grundbefindlichkeiten und -haltungen gearbeitet werden. Eine Schablone für den Umgang mit Menschen und dem erlittenen Schlaganfall ist hier keinesfalls zu entwickeln. Ein individuelles Konzept wird sich dabei positiv auf das Wohlbefinden auswirken können.

An dieser Stelle darf keines Falls übersehen werden, dass es auch Schlaganfallbetroffene gibt, die möglicherweise keine Belastungen empfinden und somit auch keine Dienstleistungen durch Soziale Arbeit oder andere Hilfsleistungen in Anspruch nehmen wollen. Außerdem ist es möglich, dass Schlaganfallbetroffene durchaus Belastungen empfinden und trotzdem keine Hilfe annehmen möchten. Dies muss unbedingt respektiert werden, denn sonst wird möglicherweise das Dienst- und Hilfeleistungsangebot zu einer zusätzlichen Belastung für Betroffene.

Wie bereits erwähnt kommt es durch einen Schlaganfall zwangsläufig zur Abwertung nun nicht mehr erreichbarer Ziele. Diese Ziele beziehen sich dabei auf das Leben vor dem Schlaganfall. Auch hier gibt es die Möglichkeit, mit der Frage nach neuen, realistisch erreichbaren Zielen, das Wohlbefinden wieder zu steigern. Zusammen mit dem Klienten, sowie die ihn umgebenden Menschen, kann dann an der Erreichbarkeit der Ziele gearbeitet werden.

Aber nicht nur entsprechend der Determinanten für das subjektive Wohlbefinden sollten sich Arbeitsansätze für die Soziale Arbeit entwickeln lassen. Es müssen auch die spezifischen Belastungsempfindungen der einzelnen Klienten herausgefunden werden, um entsprechend bedarfsgerecht zu agieren. Denn schließlich führt nicht nur die Förderung der Determinanten für subjektives Wohlbefinden, sondern auch der Abbau dieser individuellen Faktoren für das Entstehen des subjektiven Belastungsempfindens zu einer weiteren Steigerung des subjektiven Wohlbefindens und schließlich auch der subjektiven Lebensqualität.

Auf Grundlage dieser Ausführungen ergeben sich deutliche Hinweise, wie sich Soziale Arbeit in der Praxis zu verhalten hat. Soziale Arbeit muss vor allem auf drei Ebenen agieren: klientenzentriert, gesellschaftszentriert und umweltzentriert.

- a) Für die klientenzentrierte Ebene bedeutet dies vor allem die Sicherstellung von bedarfsgerechter, ganzheitlicher und umweltorientierter Versorgung.
- b) Die Arbeit auf gesellschaftszentrierter Ebene beinhaltet die Beratung und Aufklärung von Betroffenen, Angehörigen, sowie interdisziplinären Professionen. Aber auch Präventionsarbeit auf Basis der Erkenntnisse zum Schlaganfall ist hier von Bedeutung.
- c) Für die umweltzentrierte Ebene sollten die Kooperation und Vernetzung mit anderen Einrichtungen, sowie ein stetiger interdisziplinärer Austausch gewährleistet sein.

Nun soll noch die Frage aufgegriffen werden, ob sich wichtige Erkenntnisse ableiten lassen, welchen Einfluss das Leben in einer Pflegeinstitution nach einem Schlaganfall hat. Frau T. betrachtet das Leben im Pflegeheim für sich als beste Alternative, da sie hier auf Hilfsmittel zurück greifen kann, die sie so zu Hause nicht hatte. Frau G. äußert keine direkte Aussage über ihr jetziges Leben im Pflegeheim. Beide Frauen haben aber gemeinsam, dass die den Einzug in das Pflegeheim auf Grund des Schlaganfalls und dem damit verbundenen Hilfe- und Pflegebedarf in Zusammenhang bringen.

Da Frau G. und Frau T. mir wesentlich für das Zustandekommen dieser Arbeit geholfen haben, möchte ich an dieser Stelle entsprechend aufgreifen, was diese beiden Frauen für Erwartungen und Wünsche an die Dienstleistung Soziale Arbeit haben. Diese haben sie teils bewusst geäußert, zum Teil leite ich diese von den Erkenntnissen aus der Auswertung zum subjektiven Belastungsempfinden nach dem Schlaganfall ab.

Bei der Praxiserkundung hat sich deutlich gezeigt, dass der Schlaganfall mit Verlusten einhergeht. Im Zusammenhang mit Verlust steht Trauer. Vor allem Frau G. beschreibt, dass sie über diesen Schlaganfall sehr traurig ist. Für Soziale Arbeit bedeutet dies, die Trauer zu erkennen und die Betroffenen bei der Trauerbewältigung zu unterstützen.

Frau T. erwartet von Sozialer Arbeit, dass Schlaganfallbetroffene in die vorhandenen Beschäftigungsangebote besser integriert werden, beziehungsweise spezielle Angebote für die Schlaganfallbetroffenen geschaffen werden. Des Weiteren stellt sie sich vor, dass Soziale Arbeit Gespräche anbietet, die sie auf Grund der mangelnden Zeit des Pflegepersonals vermisst.

Frau G. wünscht sich mehr Angebote durch die Logopädie, hat dies aber anscheinend den Logopäden gegenüber nicht geäußert. Deshalb sollte Frau G. an dieser Stelle befähigt werden, dieses Bedürfnis gegenüber den Logopäden zu formulieren. Ähnlich verhält es sich mit der Situation, dass sie ihren Rollstuhl nachts nicht neben dem Bett stehen lassen darf, obwohl sie sich wünscht, dass sie ihn nachts nutzen kann, um auf Toilette zu gehen. Auch hier sollte geprüft werden, ob Frau G. sich nicht traut, dieses Bedürfnis gegenüber dem Pflegepersonal auszudrücken.

Weiterhin berichtet Frau G. davon, dass sie nicht in die angebotenen Unternehmungen innerhalb ihrer Einrichtung integriert ist und begründet dies mit ihrem körperlichen Zustand. Zu empfehlen ist deshalb, Freizeitangebote zu machen, die kein Hindernis für Rollstuhlfahrer darstellen.

Einen besonders interessanten und konstruktiven Hinweis von Frau G. möchte ich hier nochmals aufgreifen. Der Appell soll diesen Teil der Arbeit damit abschließen, da er bestens beschreibt, was auch ich als einen der wichtigsten Impulse an Soziale Arbeit erachte und unter anderem als Motivationsgrund für diese Arbeit gesehen habe:

„Die Probleme von Schlaganfallpatienten müssen gehört werden [...]. Soziale Arbeit muss wissen, dass jeder Schlaganfall anders ist und somit jeder andere Sorgen hat.“

Frau G. am 14.12.2011

8. Kritische Würdigung

Für das subjektive Belastungsempfinden gibt es bisher keine einheitlichen Angaben in der Literatur. Deshalb habe ich diese Begriffsbestimmung nach meinem eigenen Verständnis und auf Basis des subjektiven Wohlbefindens abgeleitet.

Durch die von mir entwickelten Fragen habe ich Frau G. und Frau T. bereits eine Struktur zum Thema vorgegeben. Dadurch bleiben möglicherweise noch weitere, wichtige Erkenntnisse zum Belastungsempfinden unbeachtet, zum Beispiel biografische Faktoren.

Das Thema dieser Arbeit widmet sich dem subjektiven Belastungsempfinden der Schlaganfallbetroffenen. Betrachtungen zu den Angehörigen erscheinen jedoch mindestens genauso wichtig, zumal sich wichtige Impulse für Soziale Arbeit im Umgang mit den Angehörigen ableiten lassen.

Die Impulse für Soziale Arbeit sind ungeachtet von wirtschaftlichen und sozialpolitischen Einflussfaktoren.

Die geringe Literaturbasis und die wenigen Forschungsergebnisse zu den Themen subjektives Belastungsempfinden nach einem Schlaganfall bei alten Menschen sowie die daraus abzuleitenden Impulse für Soziale Arbeit forderten von mir eine intensive, eigenständige Reflexion tangierender wissenschaftlicher Erkenntnisse und der Aussagen der betroffenen Frauen. Umso zufriedener bin ich, dass es mir aus eigener Sicht gelungen ist, wesentliche Erkenntnisse zu diesem Thema beitragen zu können.

Teil I.

Anhang

Fragen für die Praxiserkundung

Alter:

Geschlecht:

Schlaganfall wann:

Frage 1: Wie ist ihre aktuelle Situation?

Frage 2: Was hat sich verändert?

Frage 3: Wie gehen Sie damit um?

Frage 4: Welche Belastungen empfinden Sie seit dem Schlaganfall?

Frage 5: Was stellen Sie sich vor, was Ihnen helfen könnte, bezüglich Ihrer Situation des Schlaganfalls?

Frage 6: Wie soll sich Soziale Arbeit verhalten?

Frage 7: Wenn Sie noch einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich wünschen?

Literaturverzeichnis

- [BMFSJ 2002] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): *Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Stand April 2002
- [Hager/Ziegler 1998] Hager, K.; Ziegler, K. (1998): *Stadien der Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. S. 9-15. Heidelberg: Steinkopf Verlag
- [Hamann/Siebler/von Scheidt 2002] Hamann; Siebler; von Scheidt (2002): *Schlaganfall: Klinik, Diagnostik, Therapie. Interdisziplinäres Handbuch*. Landsberg/Lech: ecomed
- [Lalu 1996] Lalu, R. (1996): *Zur Entwicklung der Lebensqualität nach einem Schlaganfall*. Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Band 545. Wien: Lang
- [Massadiq 2009] Massadiq, M. (2009): *Krankheitsverarbeitung von Schlaganfallpatienten im interkulturellen Vergleich: Kompetenzen, Defizite und Ressourcen*. Hamburg: Kovac
- [Mehrholz 2006] Mehrholz, J. (2006): *Gehfähigkeit, Alltagskompetenz und Lebensqualität von Patienten nach Schlaganfall: Langzeitergebnisse einer randomisierten und kontrollierten Studie*. Dissertationsschrift
- [Peinert/Esan 2002] Peinert, D.; Esan, S. (2002): *Aus dem Gleichgewicht: Die Geschichte eines Schlaganfalls*. 3. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- [SGB XI 2008] SGB XI in: Stascheit, U. (2008): *Gesetze für Sozialberufe. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag

[Soyka 1995] Soyka, D. (1995): *Schlaganfall. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. 4., bearbeitete Auflage.* Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer

[www.kompetenznetz-schlaganfall.de] <http://www.kompetenznetz-schlaganfall.de/reha-schluck.0.html>
verfügbar am 20.12.2011 um 19.15 Uhr

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Sämtliche wesentlich verwendete Textausschnitte, Zitate oder Inhalte anderer Verfasser wurden ausdrücklich als solche gekennzeichnet.

Chemnitz, den 18. Januar 2012

Aileen Grimm